Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

# Über zwei Fälle von akuter Psychose im Anschluß an Operationen.

## Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

**Friedrich Matthaei**
aus Hildesheim.

Kiel 1917.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

# Über zwei Fälle von akuter Psychose im Anschluß an Operationen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

**Friedrich Matthaei**
aus Hildesheim.

Kiel 1917.
Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 56.
Rektoratsjahr 1916/17.

Referent:
Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:
Prof. Dr. **Siemerling,**
z. Zt. Dekan.

Meinen Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0022

Zwei Fälle von akuter Psychose im Anschluß an Operationen, die in der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel zur Beobachtung kamen, geben mir Gelegenheit, das in letzter Zeit viel erörterte Thema des plötzlichen Auftretens von Geisteskrankheiten nach chirurgischen Eingriffen anzuschneiden.

Hatte man von altersher schon Psychosen mit ähnlichen Symptomenkomplexen auftreten sehen bei akuten konstitutionellen Krankheiten, bei chronischen Erkrankungen mit starker Schwächung und Abzehrung des Körpers, bei Gravidität, Geburt, Puerperium und Laktation, sah man sie bei Menstruation und Klimakterium, bei großen körperlichen und seelischen Strapazen, so lenkten die postoperativen Erkrankungen eine besondere Aufmerksamkeit auf sich, da trotz immer fortschreitender chirurgischer Technik und trotz der wunderbaren Erfolge, die durch die Lehre von der chirurgischen Asepsis und Antisepsis begründet wurden, unterstützt von den großen Erfahrungen, die auf dem Gebiet der Narkose und Lokalanästhesie gesammelt waren, immer noch akute Geisteskrankheiten nach chirurgischen Eingriffen vorkommen und zwar bei Individuen, die bislang völlig geistig gesund — das kommt ja nur in Betracht — waren und keinerlei erbliche Belastung aufwiesen.

Wenn auch der Symptomenkomplex bei einer postoperativen Geisteserkrankung im Großen und Ganzen keine nennenswerte Unterscheidungsmerkmale gegenüber den oben

erwähnten Psychosen zeigt, so liegt doch betreffs der Ätiologie dieser letzteren die Vermutung nahe, daß man es mit einer direkten Wirkung auf das Gehirn seitens der Infektion, Intoxikation, Autointoxikation und bei den gynäkologischen Erkrankungen und Operationen zum Teil mit einer Störung oder Veränderung der inneren Sekretionsvorgänge zu tun hat.

Das Bild, das die postoperativen Psychosen im allgemeinen bieten, ist das der Amentia mit den Symptomen der halluzinatorischen Verwirrtheit des akuten halluzinatorischen Irreseins.

In der Mehrheit der Fälle, die in der Literatur beschrieben sind, beginnt die Krankheit kurz nach der Operation, innerhalb der ersten 24 Stunden oder nach 2 bis 9 Tagen, selten nach längerer Zeit. Auf diese letzteren Fälle werden wir später noch zurückkommen. Die Psychose setzt ganz plötzlich — das ist charakteristisch — ein. Der Kranke ist unruhig, benommen oder somnolent. Fast immer besteht ein hartnäckiges Verweigern jeder Nahrungsaufnahme. Örtliche und zeitliche Orientierung sind stark beeinträchtigt oder ganz aufgehoben und es besteht ein Kombinationsmangel den alltäglichsten Eindrücken gegenüber. Dann wieder können Zustände der höchsten Angst und Ratlosigkeit auftreten. Die motorische Unruhe steigert sich bis zu Tobsuchtsanfällen, so daß eine Isolierung des Kranken notwendig wird. Szenenhafte, traumhafte und delirente Sinnestäuschungen der Augen und der Ohren wechseln mit Wahnideen. Die Kranken glauben, sich auf religiösem oder sittlichem Gebiet versündigt zu haben. Dann wieder sind sie von Verarmungswahn befangen. In anderen Fällen sehen wir Größenwahn. Fast immer finden wir in einzelnen Abschnitten der Erkrankung hochgradige Störung oder Aufhebung der Denk- und Merkfähigkeit, völlige Amnesie der jüngsten Vergangenheit von der Operation an. Haben die Kranken

auch hie und da mal lichte Augenblicke, so besteht doch immer eine auffallende geistige Erschöpfbarkeit.

Die körperlichen Funktionen können ebenfalls erheblich beeinträchtigt sein. Das Körpergewicht ist stark reduziert. Inkontinenz der Blase und des Darms neben persönlichem, schwerem Krankheitsgefühl des Patienten sind regelmäßig zu beobachten. Gegen Abend tritt vielfach eine Steigerung der Symptome auf. Auffallend sind nach Siemerling einige Fälle von Psychosen, die eine Erhöhung der Körperwärme zeigten, ohne daß der somatische Untersuchungsbefund eine Erklärung dafür gegeben hätte.

Im Verlauf der postoperativen Psychosen können wir nacheinander sämtliche oben geschilderten Symptome in wechselnder Folge oder gehäuft auftreten sehen, von der einfachen nervösen Unruhe bis zu den schwersten Tobsuchtsanfällen, von einer leichten Sinnestäuschung bis zu den tollsten Wahnideen.

Bei der Beurteilung aller Fälle von postoperativen Geistesstörungen muß sorgfältig nachgeforscht und erwogen werden, in welchem ätiologischen Zusammenhang die Operation mit der psychischen Erkrankung steht. In einer Zusammenstellung nach Piqué unterscheidet David folgende Möglichkeiten:

1. Solche Erkrankungen, die zufällig mit der Operation zusammenfallen und auch ohne sie aufgetreten wären (senile Geistesstörungen);
2. solche, die, durch chronische Vergiftungen bedingt, durch die Operation und ihre Folgen ausgelöst werden (z. B. Delirium tremens);
3. solche, die durch Nebenwirkungen von Arzneimitteln bedingt sind (Jodoform);
4. solche Geistesstörungen, die allein durch die Operation bedingt werden, also postoperative Psychosen im engeren Sinne.

Nach diesen Gesichtspunkten hin wollen wir nun die vorliegenden Fälle betrachten:

Am 6. April 1904 wird der 30 Jahre alte Schreiber Ernst H. aus Kiel in der chirurgischen Klinik aufgenommen. Er ist vor etwa 14 Tagen mit Leibschmerzen und Erbrechen erkrankt. Der behandelnde Arzt hat eine Blinddarmentzündung konstatiert. Nach Behandlung sind die Beschwerden verschwunden. Der Patient fühlt sich aber bei der Einlieferung in die chirurgische Klinik sehr schwach.

Status: Mittelgroßer Mann von schwächlichem Körperbau. Muskulatur und Fettpolster sehr gering.

Herz: Über der Spitze systolisches Geräusch, zweiter Pulmonalton akzentuiert.

Operation: In Chloroform-Äthernarkose wird ein etwa 15 cm langer Hautschnitt gemacht. Von der Außenseite des Coecums tritt reichlicher Eiter vor. Gegeninzision.

7. 4. 1904. Morgens gegen 10 Uhr befindet sich Patient in einem Verwirrtheitszustand. Er will den Verband abreißen, schlägt um sich und schimpft. Er äußert Größenideen: er besitze Millionen, sei König, Christus; um 12 Uhr seien die 1000 Jahre vorüber. Nach Morphium Beruhigung. Patient fühlt sich sehr schwach.

8. 4. 1904. Patient hat während der Nacht schlecht geschlafen und wollte mehrfach aus dem Bett springen. Er bekommt, da er seit gestern keine Nahrung zu sich genommen hat, eine Kochsalzinfusion.

9. 4. 1904. Patient ist nachts wach gewesen, hat keine neuen Symptome gezeigt; früh ist er vollkommen ruhig, auf Befragen gibt er keine Antwort. Beim Verbandwechsel verhält er sich auch ruhig. — Die Wunde ist gut, Patient nimmt etwas Nahrung zu sich ohne Zureden.

Überführung in die Nervenklinik.

Hier gibt er wieder auf Fragen keine Antwort.

Seine Frau erzählt, daß er vor etwa 5 Jahren Anfälle von „Psychose“ gehabt hätte, er sei oft aufgeregt gewesen

und hätte bei einer Erkrankung vor 7 bis 8 Jahren „wirres Zeug“ geredet. Ernstliche Erkrankungen habe er nie gehabt.

Pupillen sind eng, nicht ganz rund. Direkte und konsensuelle Lichtreaktion ist vorhanden, aber schwach. Kniephänomene beiderseits nicht zu erzielen. Patient reagiert auf Nadelstiche.

10. 4. 1904. Patient gibt auf Fragen keine Antwort. Er ist sehr unruhig und will immer aus dem Bett. Er läßt Stuhl und Urin unter sich. Dem Pfleger gegenüber spricht er von Holtenau und Friedrichsort. Zu seiner Frau sagt er, sie sei Dornröschen, sie solle ihm Himbeersaft zu trinken geben.

11. 4. 1904. Patient ist immer noch sehr unruhig und spricht von Krähen, die er schießen wolle. Er müsse zu seinem Vater, der in den Alpen sei und Schneehühner schieße.

12. 4. 1904. Patient sagt, er sei auf dem Schierenseerhof, sagt auch auf Vorhalt, er sei nicht im Krankenhaus. Dagegen weiß er, daß er operiert ist. Er sei schon seit vielen Wochen hier auf dem Schierenseerhof. Er fragt den Arzt, ob er nicht mit wolle zu seinem Vater und Schnepfen schießen. Auf Befragen, warum er nicht gesprochen vorher, antwortet er, er dürfe es nicht. In der Hauptsache macht er einen etwas minder apathischen Eindruck. Fragen nach Tag, Monat, Jahr beantwortet er richtig. Direkte und konsensuelle Lichtreaktion ist vorhanden. Mittags Verbandwechsel.

13. 4. 1904. Patient spricht wieder nicht mit dem Arzt. Er verlangt häufig zu trinken, weist aber jedesmal die Getränke zurück, wenn sie gebracht werden.

17. 4. 1904. Patient liegt noch immer sehr apathisch zu Bett. Er verlangt häufig nach Bier und Himbeersaft, verlangt nach seiner Frau. Dem Arzt antwortet er nur nach mehrfachem Zureden. Er wisse nicht, wo er sei. Auf Befragen, ob er Schmerzen habe, sagt er: „Hier kalt“

und zeigt dabei auf die Klavikulargegend. Auf die Frage, ob er sich krank fühle, sagt er, er müsse in die frische Luft. Name, Alter, Dauer seiner Ehe und Zahl der Kinder gibt er auf Befragen genau an. Auf die Frage, ob er operiert sei, zeigt er auf die Blinddarmgegend. — Er sträubt sich, Nahrung aufzunehmen. Linke Pupille weiter als rechte. Reflex auf Licht träge. Zunge wird gerade, aber zitternd hervorgestreckt. Patellarreflex beiderseits vorhanden, aber schwach. Druck auf Ulnaris ruft die normale Parästhesie hervor.

22. 4. 1904. Die Frage, wie lange er hier sei, beantwortet Patient richtig. Alle Angaben sind durchaus geordnet, nur weiß er nicht, weshalb er die in den ersten Tagen gestellten Fragen nicht beantwortet hat.

Bei dieser Psychose handelt es sich ganz zweifellos um einen Fall, wie ihn David in seiner vierten Gruppe beschreibt.

Der Patient ist ein Mann in den besten Jahren. Vorher ist er nie ernstlich krank gewesen, obgleich er von schwächlicher Natur ist. Nun hat er zufällig eine eitrige Blinddarmentzündung bekommen. Das 14tägige Krankenlager bringt ihn körperlich noch mehr herunter. Nach Ablauf des akut entzündlichen Prozesses kommt er hochgradig erschöpft auf den Operationstisch. Das Trauma des operativen Eingriffs an sich, die Narkose und nicht zuletzt die präoperativen Erregungszustände bedingen eine erhöhte Labilität und schon am Morgen nach der Operation bricht die Psychose aus. Es besteht kein Zweifel, daß die Operation mit allen ihren notwendigen Insulten, der angst- und erwartungsvollen Erregung vor dem Eingriff, die Nüchternheit des Magens, die Giftwirkung des Narkosemittels und der mechanischen Schockwirkung bei der Bauchhöhleneröffnung das auslösende Moment war. Ätiologisch ist damit aber der Zustand noch keineswegs erschöpft, vielmehr muß man annehmen, daß sich die

Psychose auf dem Boden der großen körperlichen Erschlaffung und Widerstandslosigkeit entwickelt hat; erschwerend kommt vielleicht noch hinzu, daß Patient vor Jahren leichte psychische Anomalien zeigte, aber eine gewisse Disposition zugrunde lag.

Betrachten wir nun auch gleich den zweiten Fall, der ebenfalls im Anschluß an eine Blinddarmoperation erfolgte und in der Nervenklinik zu Kiel behandelt wurde.

Es handelt sich um den 24 Jahre alten Kaufmann Hermann K. aus Kiel, der am 17. März 1913 in die chirurgische Klinik zu Kiel aufgenommen wurde. Vier Tage vorher, am 12. 3., war er plötzlich unter den typischen Zeichen der akuten Blinddarmentzündung erkrankt. Am 18. 3. wurde Patient im Ätherrausch operiert. Es entleerte sich reichlich stinkender retroperitonealer Eiter. Der Blinddarm wurde nicht entfernt, da sich allenthalben Verwachsungen vorfanden.

21. 3. 1913. Patient zeigt eine große Unruhe, wirft sich im Bett umher und schmeißt mit Wassergläsern nach dem Pflegepersonal. Er wird daraufhin der Nervenklinik zur Beobachtung überwiesen. Er zeigt auch da noch die alte Unruhe und gibt auf Fragen keine Antwort. Beruhigung erst auf Morphium. Patient ist desorientiert.

22. 3. 1913. Patient hat nachts von 1 Uhr ab geschlafen, ist morgens somnolent, verträumt, antwortet mit halbgeschlossenen Augen zwar langsam aber folgerichtig über seine Personalien. Dann versinkt er sofort wieder in einen Dämmerzustand, aus dem man ihn nur durch dauerndes Anrufen aufrütteln kann. Örtlich und zeitlich ist er desorientiert. Sein Alter (24 Jahre) gibt er allerdings richtig an. Auf die Frage: „Wann sind Sie geboren?“ sagt er: „Das habe ich Ihnen schon mal gesagt.“ (Stimmt!) Er äußert weiter, er sei wegen Schmerzen in die chirurgische Klinik gekommen und sei am Dienstag operiert. (Stimmt!) Auf die Frage, ob er jetzt noch Schmerzen im Leib habe,

antwortet er, er habe „etwas Bauchschmerzen“. — Dann erzählt er durcheinander ziemlich unzusammenhängende Dinge: Seine Mutter lebe noch in Schneidemühlen. Er habe keine Kopfschmerzen. Er sei abgespannt seit dem letzten „Aufregungstage“. Seine Schwester, seine Mutter und sein Bruder seien ihm genommen worden. Er möchte erzählen: Er wolle Ostern nach Hause gehen (verliert gleich den Faden). Er sollte nach der Operation nach Hause gehen. Die Angehörigen wollten ihn abholen. Er dürfte aber nicht mit. Der Arzt verlangte von den Leuten eine große Summe, 1000 Mk. Er habe von Hause aus ein Schreiben erhalten; er höre Singen vom Orchesterverein. — Patient erzählt alles wirr durcheinander. Er fragt spontan: „Haben Sie auch etwas vom Mord gehört?“ (Na, was ist denn das?) Seine Eltern seien mit dem Arzt über die Operation übereingekommen. Er habe ihn aber nicht herausgegeben, vermutlich, weil er ihn aus Wut habe ermorden wollen. — Patient versinkt wieder in seinen Dämmerzustand.

Status: Knochenbau mäßig. Muskulatur und Ernährungszustand reduziert. Blasse Gesichtsfarbe, Gesicht lang und schmal, reiches Haupthaar. Auf der Brust punktförmiges Exanthem.

Kopf auf Druck und Klopfen nicht empfindlich.

Kopfmaße 14 : 19 : 55 cm.

Augenbewegungen frei.

Pupillen auffallend weit.

Reflex auf Licht vorhanden, aber wenig ausgiebig. Direkte, konsensuelle und Konvergenzreaktion vorhanden.

Facialis: Symmetrisch innerviert.

Zähne: Sehr defekt, foetor ex ore.

Hypoglossus: Zunge wird gerade herausgestreckt, sie ist sehr belegt, trocken, zittert nicht.

Gaumenbögen links höher als rechts.

Würgreflex vorhanden. Rachen gerötet.

Sprache artikulatorisch frei.

Trigeminus nicht druckempfindlich.

Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten vorhanden.

Grobe Kraft der oberen Extremitäten gut. Dynamometer rechts 85, links 75.

Große Nervenstämme nicht druckempfindlich.

Bei gespreizten Fingern leichter Tremor.

Keine Ataxien.

Abdomen: Verband, Appendixgegend druckempfindlich.

Dürftige Muskulatur.

Cremasterreflex vorhanden.

Patellarreflex fehlt, mit Jendrassik schwach vorhanden.

Achillessehnenreflex vorhanden.

Zehen plantar.

Kein Babinski.

Feine Pinselberührung lokalisiert, spitz und stumpf unterschieden.

Schmerzempfindung lebhaft.

22. 3. 1913. Nachmittags Verbandwechsel, Später ist Patient vollkommen klar. Er erzählt, er sei am Dienstag (vor 5 Tagen) operiert worden. An den Tag der Operation entsinne er sich noch ganz genau. Schon vom Tage nach der Operation werde die Erinnerung verschwommen. Er wisse nur noch, daß er an diesem Tage mehrmals gefragt worden sei, wie es ihm gehe. Er habe darauf immer „gut“ gesagt. Er glaube, sein Hauswirt habe ihn gestern nachmittag besucht und ein Herr, bei dem er im Geschäft sei, der habe sich aber nicht lange aufgehalten. Oben an der Decke habe er die Stimmen der Anstaltswärter gehört, die sich über ihn lustig gemacht hätten: er sollte seine Eltern nicht wiedersehen, morgen bekomme er noch eine Einspritzung, dann sei er weg. Es sei ihm gewesen, als ob über ihm in der Etage verschiedene Zellen wären, in die seine Angehörigen ein-

geschlossen würden, die dort sofort die Besinnung verloren hätten. Das alles habe er gehört. Er habe seine Schwester und noch andere dort schreien gehört. Die sämtlichen Kranken, bis auf einen kleinen Jungen und einen alten Mann, sollten auch gemordet werden. Er habe gerne sterben wollen, wenn seine Angehörigen auch tot wären. Dann habe er mit einem Glas nach dem Fenster geworfen. Dies sei möglicherweise wirklich geschehen, während das vorerwähnte doch wohl erträumt sei. Er sei dann vom Wärter beruhigt worden. Er habe sich retten wollen und habe einen kleinen Kampf mit ihm aufgenommen. Ein paar Tage vorher sei es ihm gewesen, als ob der Direktor der Anstalt mit seiner Mutter um den Preis der Operation gehandelt hätte. Er habe 1000 Mk. dafür haben wollen. In demselben Nebenzimmer habe er sagen hören, daß er aus seiner Stelle entlassen worden sei vom ersten ab. Jetzt wisse er, daß das alles böse Träume waren. Er freue sich sehr darüber.

Patient klagt über Leibschmerzen.

Pupillen immer noch auffallend weit. (Hat zur Erschlaffung der Darmspasmen Atropin bekommen!)

23. 3. 1913. Mäßig erhöhte Temperatur, 37,6 bis 38,1. Pupillen noch erweitert. Dauernd Entleerung von Kot. Schlaf nach Isopral. Patient liegt ruhig, ist klar und geordnet.

24. 3. 1913. Patient hat gut geschlafen, befindet sich wohl. Pupillen mittelweit. Verbandwechsel, leichte Bauchdeckeneiterung, Jodoformgazetamponade. (Die Logiswirtin bringt eine Flasche, in der sich 15,0 g Tinct. Op. spl. befunden haben und erzählt, daß Patient den Inhalt in der Nacht vor seiner Einlieferung in die Klinik wegen der Schmerzen ausgetrunken habe.)

25. 3. 1913. Patient wird in die chirurgische Klinik zurückverlegt.

Auch hier haben wir einen Fall von postoperativer Psychose vor uns, dessen Anamnese von früher schon vorhandenen ernstlichen Erkrankungen des Körpers und der Seelenfunktion nichts aufweist. Auch hier beginnt die Psychose ganz plötzlich am dritten Tag nach der Operation. War der Patient gewiß schon vor der Operation in einem sehr reduzierten körperlichen Zustand, so spielt doch bei ihm zweifellos der psychische Insult der präoperativen Angst und Erregung, die peinigende Ungewißheit über den Erfolg des Eingriffs eine große Rolle in der Ätiologie seiner geistigen Erkrankung. Er bezeichnet selber die Tage vor der Operation als „Aufregungstage". Die Sorge um die Höhe der ärztlichen Rechnung und die Angst, daß seine Eltern diese vielleicht nicht bezahlen könnten, beherrscht ihn so, daß er völlig von dieser Angstidee umfangen ist. Er baut sie zu einer Wahnvorstellung aus, an die sich Verfolgungs- und Mordideen anschließen.

Wir sehen, daß auch in diesem Falle die Insulte der Operation einzig und allein als die den psychischen Krankheitszustand auslösenden Momente in Frage kommen. Es lag keine latente Geisteskrankheit vor, deren Ausbruch zufällig jetzt mit der Operation zusammenfiel und auch ohne sie aufgetreten wäre; es bestand keine chronische Vergiftung durch Alkohol oder durch irgendwelche metallischen Gifte. Wenn der Patient wirklich zur Erschlaffung der Darmspasmen Atropin bekommen, wenn auch 15 g Opiumtinktur dem ohnehin widerstandslosen Organismus arg zugesetzt haben mögen, so kann man dem doch keine besondere ätiologische Bedeutung beimessen. Vielleicht kommen die beiden Gifte als prädisponierende Momente in Betracht, bietet doch die Psychose durchaus keine spezifischen Merkmale. Das punktförmige Exanthem auf der Brust könnte vielleicht verdächtig auf Atropin sein, aber auch bei einer Atropinvergiftung ist das scharlachähnliche Erythem vorherrschend.

Die Operation allein genügte also, um die Psychose hervorzurufen.

Betrachten wir nun die beiden Fälle gemeinschaftlich und ziehen einen Vergleich, so finden wir, daß sie beide ätiologisch wie symptomatisch das gleiche oder doch ein sehr ähnliches Bild haben.

Die Krankheit ist in beiden Fällen nicht hervorgerufen durch einen einzelnen Affekt, z. B. die Schockwirkung der Baucheröffnung, die Giftwirkung des Narkosemittels, den Blutverlust, auch nicht durch die präoperativen psychischen Insulte, kurz gesagt, durch die Operation selbst, nein, es ist eine große Summe von sich häufenden schädlichen Anlässen, deren Enderfolg schließlich das Irresein ist. Man kann deshalb auch nicht die postoperative Psychose als ein ganz selbständiges Krankheitsbild auffassen, aus dem Grunde etwa, weil sie vielfach nach chirurgischen Eingriffen beobachtet wird. Die uns sich darbietenden Symptome sind im großen und ganzen völlig die gleichen, wie wir sie in dem allgemeinen Krankheitsbild der Amentia vereinigt sehen. Wollte man zu einer Untergruppierung der unter dem Begriff Amentia fallenden Psychosen schreiten, so müßte man nach von Krafft-Ebing die drei Einteilungsprinzipien der Pathologie befolgen: ein pathologisch-anatomisches, ein ätiologisches und ein klinisch-funktionelles. An eine pathologisch-anatomische Einteilung kann man nach dem heutigen Stand der Wissenschaft noch nicht denken. Mehr verspricht nach von Krafft-Ebing ein ätiologisches Einteilungsprinzip, unter der Voraussetzung, daß ein durch bestimmte Ursachen entstandenes Irresein auch besondere Eigentümlichkeiten des Symptomendetails und Verlaufs böte, die mit Sicherheit auf das ätiologische Moment einen Rückschluß gestatteten. Leider erweist sich diese Voraussetzung: „spezifische Ursache, also spezifische Züge des Krankheitsbildes nicht in dem Umfange stichhaltig, als

es zur allgemeinen Verwertung des Prinzips erforderlich wäre. Das Irresein ist eben, seltene Fälle ausgenommen, der Effekt des Zusammenwirkens einer Mehrheit von Ursachen, deren Einzelwürdigung schwierig, deren Wirkungsweise vielfach unklar, deren klinischer Ausdruck vieldeutig ist und durch Interferenzwirkung ein undeutlicher wird."

Nach Siemerling spielen zur Entstehung der Amentia oder deren Untergruppen die Hauptrolle: „Körperliche und seelische Schädigungen, Infektionskrankheiten, Vergiftungen, Gravidität, Puerperium, Laktation, Pubertät, Menstruation, Klimakterium, Blutverluste, Erschöpfungen infolge von schweren körperlichen Erkrankungen, Urämie, von Darmerkrankungen, nach Operation, Trauma (besonders des Gehirns), Haftstrafen, gemütliche Erschütterung und geistige Überanstrengung."

In den beiden vorliegenden Fällen sind als Grundursachen wohl hauptsächlich die erhebliche körperliche Schwächung, die Erschöpfung und der psychische Affekt der präoperativen Angst und Erregung anzusehen. Daß als psychische Ursache vielleicht auch eine schon seit langer Zeit bestehende körperliche oder seelische Prädisposition den Ausbruch begünstigt haben kann, mag für den Fall H. dahingestellt sein. Der psychische Insult der Operation genügt aber allein, um das Irresein herbeizuführen.

Vergleichen wir nun mal, was von Krafft-Ebing über die psychischen Ursachen der Psychosen sagt: „Unzweifelhaft können Gemütsbewegungen den Anstoß zur Entstehung von Irresein abgeben, gleichwie sie gelegentlich Ursachen von Hysterie, Epilepsie, Chorea, Lähmungen, Aphasie sind, durch schockartige Herz- und Respirationslähmung sogar töten können, andererseits wieder gelegentlich Heilung von psychischer Krankheit, von Willenslähmungen, aphasischen Zuständen usw. bewirken. Die mächtige Wirkung, welche Affekte auf vasomotorische

und motorische Zentren üben, sind Tatsachen, welche wenigstens die Gewalt solcher psychischer Bewegungen klar machen."

Wenden wir uns nun dem Krankheitsverlauf in unseren beiden Fällen zu, so sehen wir, daß der Ausbruch sehr plötzlich erfolgt: Im Fall 1 nach kaum 24 Stunden post operationem, im Fall 2 am dritten Tage nach dem chirurgischen Eingriff. Schnell aufeinander folgen die Symptome, allmählich an Schwere zunehmend, mitunter eine Zeit lang gänzlich aussetzend und einer völligen Klarheit des Patienten Platz machend.

Kraeplin hat schon früher auf diese Tatsache aufmerksam gemacht; auch er hat ein „Auslassen der Symptome beobachtet, das bisweilen stundenlang andauerte. Die Patienten waren klar, geordnet und über Zeit und Ort gut orientiert. Er bemerkt hierzu: „Treten solche Besserungen plötzlich und unvermittelt ein, so sind sie nicht von Bestand. Vielmehr pflegt sich die wirkliche Genesung fast immer unter ganz langsamer Abnahme aller Krankheitserscheinungen zu entwickeln. Regelmäßig sind die Kranken schon längere Zeit ruhig, während sie noch immer nicht recht ihre Gedanken zu sammeln, die Vorgänge in ihrer Umgebung zu verstehen, sich in ihrer Lage zurechtzufinden vermögen. Namentlich bei längerem Sprechen oder in Briefen geraten sie infolge ihrer großen Ermüdbarkeit noch ungemein leicht in die frühere Verworrenheit hinein, auch wenn sie anfangs klar und zusammenhängend gewesen sind."

In dem weiteren Krankheitsverlauf unserer beiden Fälle ist, abgesehen von dem gelegentlichen „Auslassen" der Erscheinungen, der Verlauf ein glatter. Nachdem sich die Symptome mehrere Tage auf ziemlich gleicher Höhe und Intensität bewegt haben, klingen die Krankheitserscheinungen allmählich ab, im ersten Fall konnte der Patient nach 14 Tagen, im zweiten Fall bereits nach

4 Tagen in die chirurgische Klinik zurückverlegt werden, woselbst noch die Nachbehandlung und Wundversorgung stattzufinden hatte.

Der gutartige Ausgang der postoperativen Psychosen im allgemeinen, unserer Fälle in Sonderheit, stimmt mit dem überein, was von Krafft-Ebing in seiner Besprechung der Prognose des Irreseins anführt.

„Plötzlicher Ausbruch einer Psychose gestattet im allgemeinen eine günstigere Vorhersage als da, wo sich jene langsam und unter stetigem Fortwirken schädlicher Momente entwickelt" — „Ein gewisser Wechsel der Symptome, insofern er kein proteusartiger oder periodischer ist, gestattet eine günstigere Vorhersage, als das Stationärbleiben von Symptomen, namentlich von Sinnestäuschungen und Wahnideen und deren Ausbau zu einem systematischen Wahngebäude."

Komplikationen treten im wesentlichen nur dann auf bei den eigentlichen postoperativen Psychosen, wenn durch Weiterentwicklung und Verschlimmerung des die Operation bedingenden Grundleidens oder das Hinzutreten einer ganz neuen körperlichen Erkrankung die Heilungsbedingungen für die psychische Erkrankung nicht zur Geltung gelangen können, sondern immer neue Insulte auf die labile Psyche einwirken.

Nicht zu übersehen ist bei der Prognose einer postoperativen Psychose das Alter des Patienten. Es ist klar, das ein jugendliches Gehirn eine Störung des psychischen Gleichgewichts viel eher auszugleichen imstande ist, als ein seniles Gehirn, das die natürlichen Altersveränderungen der Gefäßstruktur und der Nervensubstanz zeigt und so ohnehin als ein locus minoris resistentiae prädisponiert für psychische Traumen ist.

Bei der Therapie der postoperativen Psychosen müssen wir immer im Auge behalten, daß die Psychose nur ein „symptomatisches Krankheitsbild" ist, wie von Krafft-

Ebing sich ausdrückt. Man hat in erster Linie immer das Grundleiden zu berücksichtigen und vor allem die durch das Grundleiden verursachten Schäden zu bekämpfen, die Erschöpfung, die Unterernährung, eventuelle Intoxikationsquellen und nicht zuletzt den Gemütszustand. Hat man unter Fernhaltung aller schädlichen psychischen Reize, durch Zuspruch und wenn nötig, durch Narcotica oder physikalische und diätetische Mittel die Erregungszustände beseitigt, so gibt uns auch die Kontrolle des Körpergewichts einen guten Hinweis zur weiteren Therapie und zur Prognosenstellung. Zur Prophylaxe der postoperativen Psychosen ist es daher von allergrößter Wichtigkeit, die Indikation zur Operation erst dann zu stellen, wenn der körperliche und geistige Zustand des Patienten hinsichtlich der mit der Operation verbundenen Gefahr der Psychose genügend gewürdigt ist Andererseits wird man allerdings auch mit Rücksicht auf die relative Gutartigkeit einer solchen psychischen Erkrankung bei einer dringend gebotenen Operation die Folgen gern in Kauf nehmen.

* * *

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Siemerling für die gütige Anregung zu dieser Arbeit und die freundliche Unterstützung bei derselben an dieser Stelle meinen ergebensten Dank auszusprechen.

# Literatur.


R. von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. (1897.)

Binswanger und Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. (1915.)

Kraeplin: Psychiatrie II. Band, Klinische Psychiatrie. 1910.

Bonhoeffer: Die Psychosen, Handbuch der Psychiatrie. 1912.

Spielmeyer: Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters, Handbuch der Psychiatrie. 1912.

Neurol. Zentralblatt: Fälle von postoperativen Psychosen, in den Jahrgängen 1906, 1908, 1910, 1912.

Berger: Über einen Fall von akuter Psychose nach Katarakt-Operation. Inaug.-Diss. Kiel 1905.

David: Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Diss. Kiel 1905.

Brauns: Zur Lehre von den postoperativen Psychosen Inaug.-Diss. Kiel 1916.

# Lebenslauf.

Am 21. November 1890 wurde ich, Friedrich Karl Edmund Matthaei, in Hildesheim, Stadtkreis Hildesheim, als Sohn des damaligen Rechtsanwalts, jetzigen Rechtsanwalts und Notars Justizrat Goswin Matthaei geboren. Nachdem ich Ostern 1910 an dem Gymnasium-Andreanum zu Hildesheim das Zeugnis der Reife erworben hatte, studierte ich bis zum Wintersemester 1912/13 in Würzburg. Während des ersten Semesters genügte ich meiner Militärpflicht beim 9. Bayr. Inf.-Regt. Am Ende des Wintersemesters 1912/13 bestand ich die ärztliche Vorprüfung zu Würzburg. Während des Sommersemesters 1913 studierte ich in Kiel, den darauf folgenden Winter verbrachte ich in Göttingen, um im Sommersemester 1914 wieder in Kiel zu studieren. Seit dem 2. Mobilmachungstage war ich ununterbrochen als Feldunterarzt im Felde. Am 17. Juni 1916 wurde ich zum Feldhilfsarzt befördert. Im Januar 1917 bestand ich das Staatsexamen zu Kiel.